

|  |
| --- |
| COMPLÉMENT D’ÉTUDES**EN VUE D’UNE SOUTENANCE DE MÉMOIRE****POUR UNE ADMISSION EN DOCTORAT**Candidats titulaires d'un Master 2 ne réunissant pas les conditionsnécessaires à l’accès en 1ère année de thèse |

Dossier à remplir et à remettre signé au secrétariat de l’École Doctorale avant le :

31 octobre 2025

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Civilité : [ ]  Homme [ ]  Femme

Nom :

Prénom :

Directeur de mémoire :

Sollicite l’autorisation pour une inscription en Complément d’études.

|  |
| --- |
| **Le Complément d’études n’est en aucun cas une équivalence au Master 2 Recherche, il permet simplement à un étudiant titulaire d'un Master 2 qui n'a pas obtenu une mention et/ou qui n'a pas soutenu un mémoire de recherche de s’inscrire en doctorat.**Au cours de l’année suivant l’inscription en Complément d’études, l’étudiant devra soutenir un mémoire devant un jury composé du Directeur de mémoire et de 3 professeurs spécialistes du sujet.À l’issue de cette soutenance, le jury devra établir un rapport de soutenance circonstancié comportant une note sur 20. Ce rapport devra être signé par tous les membres du jury.🞵🞵🞵🞵🞵🞵🞵🞵🞵🞵🞵🞵🞵🞵🞵Le Conseil de l’École Doctorale examinera le dossier de préinscription en doctorat du candidat ainsi que le mémoire de recherche et le rapport de soutenance. Le Conseil validera ou non l’inscription en thèse en fonction des résultats. |

Nom : Nom (marital) :

Prénoms :

Né(e) le : à Nationalité :

Adresse :

Code postal : Ville : Pays :

Tél portable : E-mail :

**Renseignements relatifs à la scolarité**

* **Diplôme de MASTER 2**

Intitulé du diplôme :

Année d’obtention : Université :

* **Autre diplôme**

Intitulé du diplôme :

Année d’obtention : Université :

**Pièces à joindre**

**L’étudiant doit joindre les copies des diplômes et des relevés de notes
de tout son cursus universitaire.**

|  |
| --- |
| **THÈME DE RECHERCHE RETENU**     À le  Signature de l’étudiant |

**AVIS MOTIVÉ DU DIRECTEUR DU MÉMOIRE**

Nom : Prénom :

 Signature

**AVIS MOTIVÉ DU DIRECTEUR DU CENTRE DE RECHERCHE**

**(dont dépend le Directeur du mémoire)**

Nom : Prénom :

 Signature

**AVIS MOTIVÉ DU DIRECTEUR DE L’ÉCOLE DOCTORALE**

Nom : Prénom :

 Signature